

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1898

N°

68

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 30 novembre 1898, à 1 heure

Par PAUL CHANTEUX

Né à La Haye-du-Puits (Manche) le 12 décembre 1871

Lauréat de l'Ecole de médecine de Caen

DE

L'ÉVENTRATION SUS-OMBILICALE

Président : M. TILLAUD, professeur.

*Juges : MM. } BLUM, professeur.
 } LEJARS et WALTHER, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

JOUBE ET BOYER

IMPRIMEURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, rue Racine, 15

1898

68

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1898

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 30 novembre 1898, à 1 heure

Par PAUL CHANTEUX

Né à La Haye-du-Puits (Manche) le 12 décembre 1871
Lauréat de l'Ecole de médecine de Caen

DE

L'ÉVENTRATION SUS-OMBILICALE

Président : M. TILLAUX, professeur.

*Juges : MM. } BLUM, professeur.
LEJARS et WALTHER, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.



PARIS

JOUBE ET BOYER

IMPRIMEURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, rue Racine, 15

1898

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.	M. BROUARDEL.
Professeurs	MM.
Anatomie.	FARABEUF.
Physiologie	CH. RICHET.
Physique médicale.	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale.	HUTINEL.
Pathologie chirurgicale.	DEBOVE.
Anatomie pathologique.	LANNELONGUE.
Histologie.	CORNIL.
Opérations et appareils	MATHIAS DUVAL.
Matière médicale et pharmacologie.	TERRIER.
Thérapeutique	POUCHET.
Hygiène	LANDOUZY.
Médecine légale.	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	BROUARDEL.
Pathologie expérimentale et comparée.	LABOULBENE.
	CHANTEMESSE.
	POTAIN.
Clinique médicale.	JACCOUD.
	HAYEM.
Maladie des enfants.	DIEULAFOY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.	FOURNIER.
Clinique des maladies du système nerveux.	JOFFROY.
	RAYMOND.
	DUPLAY.
Clinique chirurgicale.	LE DENTU.
	TILLAUX.
	BERGER.
Clinique ophtalmologique.	PANAS.
Clinique des maladies des voies urinaires.	GUYON.
Clinique d'accouchements.	PINARD.
	BUDIN.

Agrégés en exercice.

MM.			
ACHARD.	DESGREZ	LEJARS	THIROLOIX
ALBARRAN.	DUPRE	LEPAGE	THOINOT
ANDRE	FAURE	MARFAN	VAQUEZ
BONNAIRE	GAUCHER	MAUCLAIRE	VARNIER
BROCA (AUG.)	GILLES DE LA	MENETRIER	WALLICH
BROCA (ANDRÉ).	TOURETTE	MERY	WALTHER
CHARLIN	HARTMANN	ROGER	WIDAL
CHASSEVANT	LANGLOIS	SEBILEAU	WURTZ
PIERRE DELBET	LAUNOIS	TEISSIER	
	LEGUEU	THIERRY	

Secrétaire de la Faculté : M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

A MES FRÈRES ET A MES SŒURS

A MA TANTE

A MES PARENTS ET A MES AMIS

A MES MAITRES
DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE CAEN

A MES MAITRES
DANS LES HOPITAUX DE PARIS

A MONSIEUR LE DOCTEUR WALTHER

Professeur agrégé.
Chirurgien des hôpitaux

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR TILLAUX

Professeur de clinique chirurgicale
Chirurgien de l'hôpital de la Charité.
Membre de l'Académie de médecine.
Commandeur de la Légion d'honneur.

DE

L'ÉVENTRATION SUS-OMBILICALE

INTRODUCTION

Au mois d'avril 1898 nous vîmes, dans le service de M. le professeur agrégé Walther, à l'hospice de Bicêtre, un cas intéressant d'éventration sus-ombilicale. Vu la rareté du fait, notre maître nous conseilla de prendre ce cas comme sujet de notre thèse inaugurale.

Les éventrations limitées à la région sus-ombilicale sont excessivement rares. Les traités classiques ne font que signaler leur existence possible, mais ils n'en citent aucun cas et n'en donnent aucune description. Il y a donc intérêt à faire des recherches sur ce sujet et à réunir en un travail les matériaux épars chez les anciens et les modernes.

Nous avons divisé notre travail en 10 chapitres :

1° Définition du mot éventration. Qu'entendons-nous par éventration sus-ombilicale ?

2° Historique.

3° Etiologie.

4° Pathogénie.

5° Fréquence. Influence de l'âge et du sexe.

6° Anatomie pathologique.

7° Symptomatologie.

8° Evolution, Diagnostic et Pronostic.

9° Traitement.

10° Observations.

Conclusions.

Avant d'entrer dans notre sujet qu'il nous soit permis d'adresser nos témoignages de reconnaissance à nos maîtres de l'Ecole de médecine de Caen, à nos maîtres dans les hôpitaux de Paris et en particulier à Monsieur le professeur agrégé Walther, qui nous a montré tant de bienveillance et tant de bonté et qui nous a donné de si bons conseils pour la rédaction de ce travail.

Que Monsieur le professeur Tillaux, veuille bien recevoir ici, l'expression de notre profonde gratitude pour l'honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de cette thèse.

CHAPITRE I

Définition du mot éventration. — Qu'entendons-nous par éventration sus-ombilicale ?

Si nous ouvrons à l'article éventration, le *Dictionnaire de Dechambre*, le *Dictionnaire de Jaccoud*, l'*Encyclopédie internationale de chirurgie*, les *Traité de chirurgie*, nous voyons que le mot éventration est synonyme de hernie ventrale. Ces mêmes auteurs définissent l'éventration ou hernie ventrale : « une hernie qui survient sur les parois abdominales antérieures et latérales, dans d'autres points que la ligne blanche, et les anneaux naturels, à travers un écartement spontané ou traumatique des fibres musculo-aponévrotiques de ces parois. »

D'après les auteurs modernes, le mot éventration n'est pas absolument synonyme de hernie ventrale ; il est vrai disent-ils que toutes les fois qu'il y a hernie ventrale, il y a éventration, mais il peut y avoir éventration sans hernie. Dans deux cas que nous avons observés et que nous publions à la fin de ce travail, il y avait éventration sans hernie. On percevait, par l'exploration, un large orifice,

qui par les efforts de toux, livrait passage aux viscères abdominaux, mais à l'état de repos, on n'observait ni tumeur, ni voussure au niveau de l'anneau.

Disons néanmoins que, souvent la hernie accompagne l'éventration dont elle est la conséquence presque fatale ; c'est ce qui explique pourquoi on a établi la synonymie d'éventration et de hernie ventrale.

En résumé par éventration il faut entendre : « un orifice anormal ou accidentel existant dans la paroi abdominale antéro-latérale en d'autres points que la ligne, blanche et les anneaux naturels ; cet orifice dû à l'écartement spontané ou traumatique des fibres musculo-aponévrotiques de cette paroi, constitue une porte toujours ouverte pour la sortie des viscères, qui peut être soit intermittente, c'est-à-dire se faire seulement sous l'influence des efforts, soit constante et former une hernie, c'est alors une hernie ventrale.

Cette définition de l'éventration étant donnée on comprendra aisément ce que nous entendons par éventration sus-ombilicale : c'est un orifice existant dans la paroi abdominale antéro-latérale, mais seulement dans la région sus-ombilicale, région comprenant les hypochondres droit et gauche et l'épigastre.

Pour l'éventration sus-ombilicale, nous ne voulons donc point parler de l'écartement de la ligne blanche au-dessus de l'ombilic, disposition congénitale que l'on rencontre chez les enfants nouveau-nés, caractérisée par la saillie que forme les viscères abdominaux, refoulant le péritoine sur toute la hauteur de la région sus-ombilicale, dans l'intervalle des muscles droits, quand l'enfant crie, tousse

et se contracte. Cette éventration coexiste presque toujours avec une hernie ombilicale, et se guérit spontanément.

Nous ne voulons point parler non plus de cette éventration sus-ombilicale décrite par M. Nicaise que l'on rencontre également chez les nouveau-nés, et qui résulte d'un arrêt de développement de la paroi abdominale, d'un défaut de formation de cette paroi limitée à la partie supérieure de l'ombilic.

Quant à ce que l'on appelle éventration et que l'on observe chez les femmes grasses à la suite de grossesses multiples, ce n'est pas à proprement parler une éventration, c'est un relâchement considérable de tous les tissus constituant la paroi abdominale.

CHAPITRE II

Historique des éventrations

Les éventrations étaient connues des anciens, toutefois il faut arriver au xvii^e siècle pour trouver quelques travaux à ce sujet.

Au xvii^e siècle un chirurgien hollandais nommé Barbette, parlant des éventrations écrivait :

« *Hernia supra umbilicum rarissima est, infra eum atque ad latera, non solum eam sæpius observavi, verum et pro abcessu habitam vidi, ideo quod locus herniæ consuetus hic non esset.* »

En 1714, Littre, dans un mémoire à l'Académie des sciences, sur une hernie rare, parle d'une femme qui présentait une hernie ventrale au-dessus l'ombilic, au côté gauche de la ligne médiane, hernie occasionnée par un coup que la malade avait reçu en cette partie deux ans auparavant.

En 1838, Dionis dans son *Cours d'opérations de chirurgie*, dit que la cause des hernies ventrales est une rupture qui se fait au péritoine, rupture due à un effort très rude,

à un abcès ou à une plaie, qui n'ayant pas été cicatrisée laisse la péritoine sujet à se rouvrir.

En 1840, J. L. Petit, dans son *Traité des maladies chirurgicales*, (tome II), décrit la hernie ventrale spontanée et la hernie ventrale traumatique.

En 1843, Garengot, dans un *mémoire* à l'Académie royale de chirurgie (1^{er} volume page 702), sur plusieurs hernies singulières, rapporte l'observation d'une femme qui avait une hernie de l'estomac au côté gauche du cartilage xiphoïde, hernie survenue à la suite d'un effort violent.

Il ajoute : « ces hernies ventrales n'ont guère lieu que lorsqu'il est arrivé quelque plaie ou quelque abcès qui ont percé les muscles, ou lorsque les muscles ont souffert quelque grande distension causée par les grossesses ou des hydropisies ascites. Dans ces circonstances, les fibres charnues se séparent et laissent quelques intervalles par lesquelles les parties flottantes du ventre s'échappent ; le péritoine qui s'allonge facilement, sort avec ces parties et forme un sac. Les hernies occasionnées par des plaies ou abcès où le péritoine a été percé et a manqué de se réunir sont des hernies sans sac.

En 1746 parut la Dissertation de Lachausse intitulée : « *De hernia ventrali.* » C'était le premier travail spécial sur les hernies ventrales. Lachausse décrit des hernies ventrales traumatiques suite de plaies, et des hernies ventrales spontanées, qu'il attribue à une faiblesse native des fibres musculaires. Il dit avoir observé une hernie siégeant dans l'hypochondre droit.

En 1778 Pipelet le jeune, dans un mémoire à l'Académie

de Chirurgie rapporte l'observation d'une jeune fille, présentant une hernie de l'estomac à la suite d'une blessure qu'elle s'était faite en tombant sur les degrés d'un escalier.

En 1804 nous arrivons à Astley Cooper, illustre chirurgien anglais qui dans son *Traité des hernies* fait une étude complète des hernies ventrales. Il dit que la hernie ventrale traumatique peut survenir en tous les points de la paroi abdominale, mais il signale comme lieu d'élection des hernies ventrales spontanées, la ligne semi-lunaire de Spiegel, où se trouvent des orifices vasculaires qui peuvent être trop grands et donner une issue facile aux viscères.

En 1822, Boyer dans son *Traité des maladies chirurgicales*, consacre quelques pages à la description des éventrations.

En 1845, Fournier de Lempdes, dans sa thèse inaugurale cite l'observation d'un soldat de l'empire qui présentait une éventration sus-ombilicale à la suite d'un coup de sabre reçu à la bataille d'Austerlitz.

En 1849, Craveilhier, dans son *Traité d'anatomie pathologique* rapporte l'observation d'un homme de 70 ans qui présentait une hernie ventrale traumatique située dans le neuvième espace intercostal, à la suite d'un coup d'épée.

Les auteurs modernes, Velpeau, Malgaigne, Nélaton, Gosselin, Vidal de Cassis, consacrent dans leurs ouvrages quelques pages aux éventrations.

L'histoire des éventrations a été surtout mise en lumière par les recherches de Duplay, Mollière de Lyon, Macroki, par les thèses de Reignier et de Ferrand, par les tra-

vaux de J. Macready publiés dans « *The Lancet*, 1890 tome II et intitulés : *On the rarer forms of ventral hernia*.

Enfin dans ces dernières années nous trouvons les travaux de Duret de Lille, de Goullioud de Lyon, et de quelques auteurs anglais et allemands ; E. F. Neve, Gars-tang, Lengenbuch, Kusmin, etc.

CHAPITRE III

Etiologie.

Au point de vue de leur production on distingue :

1° Les éventrations sus-ombilicales traumatiques.

2° Les éventrations sus-ombilicales spontanées.

A. — *Eventrations sus-ombilicales traumatiques.*

Tous les traumatismes quels qu'ils soient, peuvent donner naissance à une éventration.

L'éventration se fait à la faveur d'une cicatrice ou d'une rupture complète ou incomplète des fibres musculaires de la paroi abdominale.

Le traumatisme peut être accidentel ou opératoire.

Parmi les traumatismes accidentels citons :

a) Les plaies de l'abdomen pénétrantes et non pénétrantes.

b) Les contusions de l'abdomen.

En parlant d'éventrations survenant à la suite de plaie pénétrante, nous ne voulons point parler de l'issue immédiate des viscères, entre les lèvres de la plaie, au moment de l'accident, c'est là une éventration transitoire qui

doit disparaître par un traitement approprié ; nous ne voulons parler que de l'éventration secondaire, de celle qui survient après la période de cicatrisation.

On cite de nombreux cas d'éventrations au niveau de cicatrices résultant de plaies pénétrantes de l'abdomen. Nous publions plus loin deux observations, l'une de Richerand, l'autre de Fournier de Lempdes, relatives à des éventrations sus-ombilicales, survenues à la suite d'un coup de sabre, reçu plusieurs années auparavant. Lefort cite le cas d'une éventration survenue à la suite d'un coup de couteau, Cruvelhier en signale une due à un coup d'épée, Duplay à un coup de serpette.

Les contusions de l'abdomen sont aussi une grande cause d'éventration. Dans une contusion de l'abdomen que les plans superficiels soient respectés ou non, il y a le plus souvent une rupture complète ou incomplète des fibres musculaires ou aponévrotiques de la paroi. Larrey, chirurgien en chef des armées de Napoléon, rapporte le cas d'une éventration due à une rupture musculaire produite par un boulet de canon à la fin de sa course. Le professeur Duplay cite deux cas d'éventration dûs à une rupture musculaire ; dans le premier cas la rupture fut produite par un timon de voiture ; dans le second cas, par une chute sur un échelas de vigne. Le professeur Berger cite le cas d'une éventration apparue à la suite d'une rupture du grand droit de l'abdomen, produite par le choc d'un brancard de voiture. Boyer rapporte une observation d'éventration consécutive à un coup de pied de cheval. Delpech cite un cas où l'éventration était due à une rupture musculaire produite par un coup de bâton.

Les plaies opératoires comme les plaies accidentelles, donnent lieu à des cicatrices qui pourront devenir le siège d'éventrations. Le Dr Wertheimer dans sa thèse inaugurale (1888) a relaté plusieurs cas d'éventrations consécutives à des opérations de laparotomie pour kystes de l'ovaire. Ce que M. Wertheimer a dit à propos des ovariectomies doit permettre de penser que le même accident pourra se produire à la suite de toute opération nécessitant l'incision des parois abdominales. On peut dire que parmi les accidents consécutifs à la laparotomie, figurent en première ligne les éventrations.

Toutes les interventions chirurgicales, pratiquées sur le foie et sur l'estomac : les ponctions, les incisions pour kystes hydatiques du foie et pour les abcès du foie, les opérations modernes de cholécystotomie, de cholédocotomie, les opérations de gastrotomie et de gastro-entérostomie, peuvent donner naissance à des éventrations sus-ombilicales.

Nous rapportons à la fin de cette thèse une éventration sus-ombilicale survenue à la suite d'une opération pratiquée pour kystes hydatiques du foie. Le professeur Berger dit avoir vu deux sujets présentant chacun une éventration sus-ombilicale, qui s'était faite au travers de la cicatrice résultant d'applications caustiques, pratiquées pour ouvrir des kystes hydatiques du foie.

Les médecins coloniaux, qui incisent les abcès du foie, si fréquents dans les pays chauds, aussi facilement que nous incisons un abcès ordinaire, ont certainement dû observer des éventrations sus-ombilicales consécutives. Nous n'avons pu en trouver d'observations, mais nous

pensons que les médecins coloniaux ont négligé de les publier.

Le professeur Gosselin signale une éventration consécutive à l'ablation d'un fibrome de la paroi abdominale. Le Dr Ollivier dans sa thèse (1878) rapporte le cas d'un homme qui présentait une éventration à la suite d'une incision d'un abcès phlegmoneux de la paroi abdominale.

Avant de terminer l'étiologie des éventrations traumatiques, il nous reste à signaler une variété d'éventration consécutive à une déchirure des plans fibreux de la paroi abdominale, produite par un fragment osseux, par une côte fracturée. Le professeur Berger rapporte le cas d'une femme présentant une hernie ventrale dans l'hypochondre gauche, au niveau de l'extrémité antérieure de la dixième côte, aussitôt après une fracture de cet os.

B. — *Eventrations sus-ombilicales spontanées,*

Les éventrations sus-ombilicales spontanées, sont celles qui surviennent en l'absence de tout traumatisme; elles sont dues aux causes suivantes:

- 1° à une altération pathologique de la paroi abdominale.
- 2° à une faiblesse congénitale de la paroi.
- 3° à des causes de distension de l'abdomen.
- 4° à des causes anatomiques et physiologiques.

Les altérations pathologiques de la paroi abdominale consistent en abcès, furoncle, anthrax, qui affaiblissent à leur niveau, la résistance de la paroi. L'évacuation spontanée d'une supuration intra-abdominale, hépatique ou autre, agit de même en créant un point faible à l'endroit de leur ouverture à travers la paroi. Schleiter dans les *Archives de médecine* (1857 tome 14 page 370), cite le cas d'une femme de 72 ans présentant une éventration à l'endroit même où quelque temps auparavant elle avait eu un furoncle de la paroi abdominale, qui s'était ouvert spontanément.

Testut dans son ouvrage sur les anomalies musculaires, signale, comme cause d'éventration spontanée la faiblesse congénitale des parois abdominales, caractérisée par l'absence chez certains individus d'une ou plusieurs lames aponévrotiques, ou par l'existence d'une aponévrose à trame, si mince et si lâche, que les fibres peuvent en être aisément comptées. Bien avant Testut, Lachausse dans son traité « *De hernia ventrali* » avait signalé comme cause d'éventration spontanée, la faiblesse native des fibres musculaires de la paroi abdominale.

Les causes de distension de l'abdomen sont des causes fréquentes d'éventration spontanée. Les causes de distension sont nombreuses ; ce sont les grossesses répétées, les tumeurs intra-abdominales, les kystes de l'ovaire, l'ascite etc. Nous verrons à la pathogénie comment ces causes de distension peuvent engendrer une éventration.

L'anatomie nous apprend qu'il existe des points faibles dans la paroi abdominale ; ces points faibles sont situés sur la ligne semi-lunaire de Spiegel,

La ligne semi-lunaire de Spiegel correspond au point d'intersection des fibres musculaires du muscle transverse, avec les fibres aponévrotiques de ce même muscle ; c'est une ligne courbe étendue des fausses côtes au pubis, c'est une demi-ellipse dont la concavité regarde en dedans. L'union des deux lignes de Spiegel, constitue une sorte d'ellipse dans laquelle sont inscrits les muscles grands droits.

Sur cette ligne d'intersection musculo-aponévrotique existerait une série linéaire de pertuis vasculaires, livrant passage aux branches des artères intercostales et lombaires qui vont dans les muscles droits et dans la partie superficielle de la paroi abdominale.

Ces orifices naturels seraient autant de petites portes ouvertes que le péritoine pressé par les viscères sous l'influence d'efforts répétés, parviendra à enfoncer tôt ou tard.

L'existence de ces orifices vasculaires admise par Astley Cooper, vérifiée par le D. Ferrand et plus récemment par le Dr Mollière de Lyon, est mise en doute par M. Duret de Lille qui dit que cette disposition anatonique n'a pas été vérifiée d'une façon précise.

Quoiqu'il en soit, qu'il y ait ou non des orifices vasculaires, la ligne semi-lunaire de Spiegel n'en constitue pas moins un point faible qui peut donner naissance à une éventration.

D'après les nombreux cas observés, on peut dire que la ligne semi-lunaire de Spiegel est le lieu d'élection des éventrations spontanées.

La production d'une éventration spontanée dans une

autre région que la ligne de Spiegel, est une rareté, et cela se comprend aisément, quand on connaît l'anatomie de la paroi abdominale : il y a trois muscles larges disposés selon trois plans, qui offrent une résistance extrême aux viscères ; il faudrait pour que l'éventration puisse se produire que les orifices donnant issue aux viscères, se correspondent plan par plan, ce qui serait une chose exceptionnelle.

La cause déterminante de toute éventration est l'effort.

L'effort agit en augmentant la pression intra-abdominale. Il peut même, indépendamment de toute cause prédisposante, déterminer à lui seul, une éventration. Dans l'effort brusque et violent, pour soulever un fardeau par exemple, la pression intra-abdominale subitement accrue, peut triompher de la résistance de la paroi et faire éclater quelques fibres musculaires ou aponévrotiques, ainsi donc est créée une éventration.

CHAPITRE IV

Pathogénie.

La pathogénie des éventrations peut se résumer dans la phrase suivante :

« Toute cause capable de modifier la résistance, l'épaisseur et l'intégrité des tissus qui constituent la paroi abdominale, peut produire une éventration. »

Au point de vue pathogénique nous distinguerons :

- 1° Les éventrations cicatricielles ;
- 2° Les éventrations non cicatricielles.

A. — *Eventrations cicatricielles.*

Les éventrations cicatricielles sont de beaucoup les plus fréquentes. Toutes les cicatrices, qu'elles soient le résultat d'un traumatisme accidentel ou opératoire, ou le résultat d'une altération pathologique de la paroi, peuvent produire une éventration.

Les cicatrices constituent des points faibles qui, s'ils ne sont pas soutenus, céderont à un moment donné et livreront passage aux viscères. Elles constituent une sorte de « *locus minoris resistentiæ* » au niveau duquel, sous l'influence d'efforts violents, on verra apparaître une hernie ventrale. Les cicatrices sont en effet formées par du tissu fibreux, or, ce tissu fibreux n'a ni la vitalité, ni la résistance des tissus sains. Sous l'influence de la pression incessante des viscères abdominaux, de la contraction et de la rétraction continuelle des muscles de la paroi, le tissu cicatriciel, sans cesse tirailé, se relâche peu à peu et finit par céder. Un orifice se crée dans la paroi abdominale, qui sous l'action des mêmes causes s'agrandit progressivement ; ainsi se crée l'éventration.

L'éventration une fois créée, les viscères abdominaux tendent à sortir, refoulent devant eux et entraînent le péritoine qui vient former un sac ; ainsi se crée à son tour la hernie ventrale. La hernie se produira d'autant plus fréquemment que l'orifice de sortie, correspondra à des organes plus mobiles ; l'intestin, par exemple, presque flottant dans la cavité abdominale, aura beaucoup plus de tendance à former une hernie ventrale que le foie qui est un organe bien fixé par ses nombreux ligaments.

Un auteur anglais, Gilliam, a publié dans le *Medical New.*, 1892, un article dans lequel il dit : « Tout ce qui vient dépolir la surface, péritonéale sur laquelle les viscères doivent glisser avec la plus grande facilité, favorise la formation des éventrations. Or, les cicatrices du péritoine présentent un état de dépolissement, donc elles sont une cause d'éventrations.

Nous n'avons point à discuter ici la théorie de cet auteur, nous dirons cependant qu'elle nous paraît fort juste.

Dans les contusions, qu'il y ait ou non lésion des téguments, la violence extérieure occasionne le plus souvent une rupture musculaire ou aponévrotique. Or, si les muscles ne se cicatrisent pas, on comprend que les viscères pourront se déplacer facilement à travers l'orifice créé par l'écartement des fibres; s'il y a cicatrisation, la cicatrice musculaire sera comme précédemment un lieu de moindre résistance.

La question du peu de résistance des cicatrices opératoires doit entrer en ligne de compte, chaque fois qu'on aura à faire une incision dans la paroi abdominale, une laparotomie médiane ou latérale. Aussi les chirurgiens actuels ont-ils cherché des moyens pour obvier à cet inconvénient; nous exposerons, à la prophylaxie des éventrations, les moyens employés à l'heure actuelle pour éviter ces éventrations, post-opératoires.

B. — *Éventrations non cicatricielles.*

Les éventrations non cicatricielles, sont le résultat soit d'une faiblesse congénitale de la paroi abdominale, soit d'une grande distension de l'abdomen, soit enfin de dispositions anatomiques existant dans la structure de la paroi.

On comprend facilement comment la faiblesse congé-

nitale de la paroi abdominale peut donner naissance à une éventration. Il n'y a plus équilibre entre le contenant et le contenu, la pression intra-abdominale est plus forte que la résistance de la paroi, la paroi éclate donc aux points où elle est la plus faible.

La distension plus ou moins considérable de l'abdomen a toujours pour résultat de produire un amincissement total ou partiel des parois, or l'amincissement est une cause de faiblesse et par là même une cause d'éventration. Sous l'influence d'une très grande distension, les fibres musculaires et aponévrotiques, tirillées fortement, se dissocient, se séparent, et les viscères viennent faire saillie dans leurs interstices. La distension peut être suivie du relâchement des parois abdominales, c'est ce qui se produit à la suite de grossesses. Le relâchement peut être total ou partiel ; supposons un relâchement partiel et peu étendu survenu par une cause quelconque, le cas est rare, mais il existe, voilà ce qui se produit : la paroi abdominale au niveau du point affaibli, sous l'influence de l'impulsion répétée des viscères, se dilate, se distend, s'amincit de plus en plus, alors que les limites qui circonscrivent le point faible, résistent; dès lors il se forme une éventration.

Les dispositions anatomiques existant dans la structure de la paroi abdominale, ont été considérées par un grand nombre de chirurgiens comme la source principale des éventrations spontanées. Les orifices vasculaires existant sur la ligne semi-lunaire de Spiegel peuvent être anormalement développés et constituer autant de petites portes ouvertes pour la sortie du péritoine et des viscères. Même

quand ils sont absolument normaux ces pertuis vasculaires n'en sont pas moins des points faibles qui se laisseront enfoucer tôt ou tard, mais pour cela il faut le plus ordinairement l'intervention d'un nouveau facteur, l'obésité.

Dans les cas d'obésité en effet, les pelotons adipeux sous-péritonéaux acquièrent des proportions considérables ; éant soumis à deux forces opposées, d'un côté la pression intra-abdominale, de l'autre la résistance de la paroi, ils éraillent et écartent les fibres musculaires et aponévrotiques, se créent des ouvertures de toute pièce ou agrandissent les orifices normaux dont nous venons de parler ; ils entraînent avec eux le péritoine et viennent former une éventration avec hernie ventrale.

CHAPITRE V

Fréquence des éventrations sus-ombilicales. Influence de l'âge et du sexe.

Les éventrations sus-ombilicales tant traumatiques que spontanées sont d'une extrême rareté. On ne trouve que quelques rares observations dans un grand nombre d'années. Cela tient à plusieurs raisons que nous allons essayer d'énumérer :

1°) La paroi abdominale dans la région sus-ombilicale est une paroi très résistante ; l'anatomie en effet nous apprend que c'est une paroi renforcée.

2°) La pression des viscères abdominaux, s'exerce surtout sur les parties inférieures de l'abdomen ; c'est ce qui explique la fréquence des éventrations au-dessous de l'ombilic. Dans la région sus-ombilicale la pression des viscères est relativement faible.

3°) Les traumatismes portant exclusivement sur la région épigastrique et les hypochondres sont très rares. La région sous-ombilicale qui offre une plus large surface aux violences extérieures est bien plus fréquemment le siège d'éventrations.

4°) Quant aux traumatismes opératoires, disons que la chirurgie intéressant la région sus-ombilicale date de peu d'années ; la chirurgie de l'estomac et surtout du foie remonte à une dizaine d'années environ.

5°) De plus à en juger par la rareté des observations publiées, la production d'éventrations consécutives aux opérations sur le foie et l'estomac paraît être une chose peu fréquente. Cette rareté peut être attribuée à ce que les chirurgiens, ont perdu de vue les malades qu'ils avaient opérés, ou bien à ce que ces malades ne sont pas venus se soumettre à l'examen de leur opérateur, lorsque l'éventration dont ils étaient atteints, ne constituait pour eux qu'une infirmité peu gênante et exempte de dangers immédiats.

Les éventrations sus-ombilicales traumatiques sont de beaucoup les plus fréquentes ; 9 fois sur 10 dit Jaccoud dans son *Dictionnaire*, l'éventration est d'origine cicatricielle. Les éventrations, suite de traumatismes accidentels sont beaucoup plus nombreuses que les éventrations post-opératoires. Les éventrations sus-ombilicales spontanées sont les plus rares : le chirurgien anglais J. Macready dans son article déjà cité, dit que depuis vingt ans on n'a observé à la société des Bandages de Londres que quatre cas seulement d'éventration sus-ombilicale spontanée.

L'âge et le sexe ont une influence sur l'apparition des éventrations et sur leur variété. Vidal de Cassis fait remarquer, que les éventrations traumatiques sont plus fréquentes chez l'homme, parce qu'il est plus exposé que la femme aux blessures et aux violences de toutes sortes. Par contre, les éventrations spontanées sont plus fréquen-

tes chez la femme parce qu'elle est plus sujette aux occasions de distension de la paroi abdominale: grossesses, tumeurs intra-abdominales, kystes.

Les éventrations sont excessivement rares chez les enfants parce que chez eux les conditions de distension de l'abdomen ne s'observent guère; parce que par leur vie même ils ne sont exposés à des traumatismes d'aucune sorte.

L'âge adulte est surtout l'âge de l'apparition des éventrations.

CHAPITRE VI

Anatomie pathologique.

Au point de vue anatomo-pathologique, nous avons à étudier :

- 1° Les éventrations simples, c'est-à-dire sans hernie ventrale;
- 2° Les éventrations avec hernie ventrale.

A. — *Eventrations simples.*

L'éventration simple est constituée par un orifice anormal ou accidentel existant dans la paroi abdominale antéro-latérale. Cet orifice est une porte toujours ouverte pour la sortie des viscères qui se fait d'une façon intermittente sous l'influence des efforts.

L'orifice qui crée l'éventration est une solution de continuité des téguments, dû à l'écartement spontané ou traumatique des fibres musculo-aponévrotiques de la paroi

abdominale. Il est donc, tantôt musculaire, tantôt aponevrotique. En général qu'il soit d'origine spontanée ou traumatique, l'anneau est très nettement délimité par un contour fibreux qui peut, par la contraction des muscles abdominaux, se resserrer et étrangler les viscères qui se sont engagés par cette ouverture.

L'anneau est de dimensions extrêmement variables depuis la dimension d'une pièce de cinquante centimes jusqu'à celle d'une pièce de 5 fr. et plus.

La peau saine ou cicatricielle recouvre l'anneau, et à l'état de repos il est impossible de constater l'existence de l'éventration. Sous l'influence des efforts et de la toux on voit se former une voussure au point qui correspond à l'orifice de la paroi.

D'après l'étiologie des éventrations on comprendra aisément que le siège des éventrations traumatiques est essentiellement variable, tous les points de la région sus-ombilicale pouvant être lésés accidentellement. L'éventration siègera au point atteint par le traumatisme. Cependant dit le professeur Duplay : on peut dire que les éventrations succédant à une rupture musculaire par effort siègent le plus souvent, au niveau d'une des intersections tendineuses du muscle grand droit.

Les éventrations spontanées ont un siège précis qu'Astley Cooper avait parfaitement déterminé; elles se produisent toujours au niveau de la ligne semi-lunaire de Spiegel qui est le point faible de la paroi abdominale comme nous le montre l'anatomie.

Le Docteur Mollière de Lyon a insisté sur ce lieu d'élection des éventrations spontanées, et a présenté en 1877,

à la Société de chirurgie huit cas d'éventrations spontanées siégeant sur la ligne de Spiegel.

Un auteurs allemand, Macrocki a également publié en 1879 une statistique de quatre-vingt six cas d'éventrations au niveau de la ligne de Spiegel.

Les éventrations spontanées peuvent siéger en un point plus ou moins élevé de cette ligne de Spiegel, et on peut dire que c'est dans la partie supérieure de cette ligne que les éventrations spontanées se rencontrent le plus rarement ; cela tient, sans doute, à ce que la pression des viscères s'exerce surtout sur les parties inférieures de l'abdomen.

Macready dans son article déjà cité dans « *The Lancet* » dit qu'il a trouvé dans les auteurs anglais treize cas d'éventration de la ligne de Spiegel, dont quatre seulement étaient au-dessus de l'ombilic ; Macready lui-même rapporte deux cas d'éventration spontanée sus-ombilicale. Sœmmering et Guy de Thorne en rapportent également chacun un cas. Nous en avons observé un cas à l'Hôtel-Dieu à la consultation des Bandages, nous en rapportons plus loin l'observation.

B. — *Eventrations avec hernie ventrale.*

Le plus souvent l'orifice qui constitue l'éventration donne passage aux viscères d'une façon constante et donne naissance à une hernie ventrale.

La hernie ventrale présente à étudier ;

Ses enveloppes ;

Son contenu ;

Ses accidents.

Enveloppes. — Les enveloppes de la hernie ventrale sont : la peau, le tissu cellulaire sous-cutané, l'aponévrose, enfin le péritoine formant le sac herniaire.

Dans la hernie ventrale spontanée, on trouve ces enveloppes bien distinctes, le sac herniaire est bien défini ; en un mot rien ne la distingue des hernies ordinaires, sauf son contenu qui nous le verrons plus loin est des plus variables suivant son siège plus ou moins haut sur la ligne de Spiegel. Dans les hernies ventrales traumatiques, les enveloppes formées par la cicatrice qui s'est laissé distendre, sont ordinairement très minces. La peau qui la recouvre présente des marques cicatricielles, et est adhérente avec les parties sous-jacentes au niveau de la cicatrice.

Le tissu cellulaire sous-cutané est généralement très peu abondant ; il se tasse et se condense, devient lisse et poli à ce point qu'on a pu le confondre avec le péritoine.

L'existence du sac herniaire a été fort discutée par les auteurs anciens. La plupart niaient l'existence du sac péritonéal dans les hernies ventrales consécutives à des cicatrices de plaies pénétrantes de l'abdomen, croyant que les bords de la division du péritoine ne pouvaient se réunir par du tissu cicatriciel.

Le professeur Duplay dans son *Traité de chirurgie* dit que toujours il y a un sac péritonéal, mais qu'il est par-

fois très difficile à voir et à isoler en raison de son extrême minceur et de ses adhérences intimes avec les autres enveloppes, la cicatrice du péritoine étant confondue avec la cicatrice des téguments. On comprend donc par ces raisons pourquoi le sac a été nié pendant si longtemps.

Le même chirurgien insiste sur les caractères de ce sac qui prend souvent un aspect réticulé et se subdivise en loges secondaires, par suite de la présence dans son intérieur de brides cicatricielles d'étendue et de volume variables. La cavité herniaire ainsi cloisonnée présente des adhérences nombreuses avec les viscères qu'elle contient, notamment avec l'épiploon. Le sac adhère le plus souvent à l'orifice fibreux qu'il traverse ; il présente comme les hernies ordinaires un collet inextensible qui peut étrangler le contenu de la hernie.

Contenu. — La hernie ventrale sus-ombilicale peut contenir un certain nombre d'organes. On y a trouvé : le foie l'estomac, le côlon transverse et les coudes des côlons, l'intestin grêle, l'épiploon ; en général l'épiploon est en grande abondance.

Littre dans son *Mémoire* à l'Académie, déjà cité, rapporte l'observation d'une femme présentant une hernie ventrale sus-ombilicale, dans laquelle, il trouva à l'autopsie, une partie du côlon transverse et une portion d'épiploon avec de nombreuses adhérences.

Garengeot rapporte l'observation d'une femme présentant une hernie de l'estomac, siégeant au côté gauche du cartilage xiphoïde.

Pipelet le jeune rapporte l'observation d'une jeune fille présentant une hernie de l'estomac.

Fournier de Lempdes rapporte l'observation d'un soldat de l'empire présentant une hernie ventrale sus-ombilicale qui contenait le bord antérieur du foie.

E.-F. Neve, dans le *British medical Journal* (8 juin 1889) publie l'observation d'une cure radicale d'une hernie ventrale volumineuse, occupant la région sus-ombilicale, dans laquelle il trouva l'intestin grêle, le côlon transverse et l'épiploon.

Langenbuch et W. J. Kusmin dans deux articles publiés dans : *Berlin. Klinik. Woch.* (16 janvier 1888 et 30 octobre 1893) publient chacun une observation d'une cure radicale d'une hernie du foie entre les fibres du muscle grand droit.

Petit de Toulouse dit avoir observé l'estomac dans une hernie ventrale sus-ombilicale.

CHAPITRE VII

Symptômes.

Pour l'étude des symptômes nous conservons la division que nous avons adoptée pour l'anatomie pathologique, à savoir :

1° Les éventrations simples.

2° Les éventrations avec hernie ventrale.

A. — *Eventrations simples.*

Les éventrations simples se manifestent par des signes physiques et des signes fonctionnels.

Signes physiques. — Les signes physiques sont révélés par l'inspection, la palpation, la percussion.

L'inspection de la paroi abdominale ne permet pas de constater l'existence d'une éventration quand le malade est au repos. Au contraire pendant le phénomène de l'effort, pendant la toux, on voit apparaître une voussure en

un point de la paroi, qui correspond à l'orifice existant dans les plans musculo-aponévrotiques. Cette voussure est plus ou moins accentuée, plus ou moins large suivant les dimensions de l'orifice qui donne passage aux viscères. Dans les deux cas d'éventration simple que nous avons observés, la voussure atteignait le volume d'une demi-orange ; la toux donnait le maximum de voussure. Le malade vu par nous à l'hospice de Bicêtre présentait par la toux une voussure à peu près arrondie, ayant des diamètres verticaux et horizontaux de dix centimètres environ ; chez ce même malade, lorsque l'on faisait contracter les muscles grands droits de l'abdomen, en commandant au malade étant horizontal, de s'asseoir sur son lit, on voyait toute la région de l'éventration se tendre et se froncer. La peau au niveau de l'éventration est normale dans les cas d'éventration spontanée ; elle présente des marques de cicatrices dans les cas d'éventration traumatique.

La palpation pratiquée même au repos permet d'apprécier en un point quelconque de la paroi, une dépressibilité particulière ; de plus elle permet de se rendre compte des dimensions de l'orifice accidentel ou anormal existant dans la paroi, de ses contours.

Dans le cas que nous avons observé à Bicêtre, l'anneau avait environ 10 centimètres de diamètre ; dans le cas rapporté par Fournier de Lempdes, l'anneau avait des dimensions considérables : c'était une ouverture semi-lunaire mesurant transversalement 10 à 11 centimètres.

La main appliquée à plat sur la paroi au niveau de l'éventration, perçoit pendant la toux, une impulsion parfait-

tement nette ; disons de plus que la palpation est souvent douloureuse.

La percussion n'a qu'une valeur secondaire dans les cas d'éventration simple, elle peut néanmoins permettre de reconnaître si l'organe qui est en rapport avec l'anneau est sonore ou mate ; ceci étant connu, on pourra d'après le siège de l'éventration et d'après les symptômes fonctionnels, reconnaître si on a affaire au foie, à l'estomac, à l'intestin grêle, au gros intestin ou à l'épiploon.

Symptômes fonctionnels. — Les symptômes fonctionnels sont ceux qui inquiètent le plus les malades et qui généralement les poussent à venir consulter. Ils sont nombreux et consistent surtout en crises douloureuses et en troubles gastro-intestinaux.

Les douleurs sont tantôt intermittentes, tantôt continues.

Parfois c'est une douleur fixe en un point de la paroi avec de nombreuses irradiations dans le thorax et l'abdomen, douleur exaspérée par les efforts, la toux, les mouvements du corps, la marche.

Parfois les douleurs n'apparaissent qu'à l'occasion de mouvements et d'efforts. Les douleurs se manifestent sous diverses formes, tantôt ce sont des sensations de gêne, de pesanteur, de plénitude au niveau de l'éventration, tantôt ce sont des tiraillements, des élancements qui par leur intensité peuvent arracher des cris au malade.

Ces crises douloureuses sont dues aux tiraillements incessants auxquels sont soumis les viscères abdominaux, par suite des nombreuses adhérences qui existent surtout dans les éventrations cicatricielles.

Le professeur Berger rattache également ces crises douloureuses à une susceptibilité particulière des viscères abdominaux chez les sujets qui sont atteints d'éventration.

Certaines éventrations peu accentuées, dit le même chirurgien, prennent un caractère douloureux aux changements de temps et surtout dans les temps humides.

Chez les malades que nous avons observés les douleurs présentaient les caractères que nous venons d'énumérer, le malade de Bicêtre ressentait des douleurs intenses, des picotements et des tiraillements au niveau de son éventration, de plus au moment de l'effort, une sensation de tension qui lui faisait craindre une rupture de sa paroi. Une des femmes que nous avons vues à l'Hôtel-Dieu à la consultation des bandages disait que les douleurs tolérables en temps ordinaires, prenaient une exacerbation toute particulière à l'époque des règles et dans les temps humides.

Ces douleurs ont pour conséquence de rendre tout travail impossible; de plus elles influent sur le caractère des malades qui deviennent le plus souvent mélancoliques et hypochondriaques.

Les troubles gastro-intestinaux sont fréquemment observés dans les cas d'éventration sus-ombilicale; ils sont d'autant plus accentués que l'éventration siège plus près de l'estomac.

La dyspepsie, la gastralgie avec des nausées et des vomissements s'observent fréquemment quand l'éventration occupe l'hypochondre gauche et l'épigastre. Quand

L'éventration siège dans l'hypochondre droit, on observe parfois une teinte ictérique des téguments.

La constipation est la règle, elle s'accompagne souvent de coliques plus ou moins intenses.

B. — *Eventrations avec hernie ventrale.*

La hernie ventrale se manifeste par des troubles fonctionnels analogues à ceux que nous venons d'énumérer; seuls les signes physiques diffèrent; ils sont fournis comme précédemment par l'inspection, la palpation, la percussion.

On constate la présence d'une tumeur tantôt peu saillante, tantôt arrondie, de volume variable, depuis la grosseur d'une olive, d'un œuf de pigeon jusqu'à celle d'une tête de fœtus.

Le volume de la hernie ventrale traumatique n'est pas en rapport avec l'étendue de l'orifice qui lui a livré passage; tel est le cas rapporté par Richerand où une énorme hernie ventrale s'était développée dans l'hypochondre au niveau d'une petite cicatrice de plaie produite par un coup de sabre.

La tumeur augmente de volume par les efforts et par la toux; elle est réductible ou irréductible. Quand elle est réductible, elle rentre soit spontanément quand le malade est dans la position horizontale, soit en exerçant

sur elle des pressions plus ou moins fortes. A sa rentrée on entend le plus souvent un gargouillement.

La tumeur est élastique ou mollassse à la palpation, sonore ou mate à la percussion suivant l'organe qu'elle contient; mollassse et mate si c'est l'épiploon; élastique et sonore si c'est l'estomac ou l'intestin; résistante et mate si c'est le foie.

La peau est souvent très amincie dans les cas de hernie ventrale volumineuse.

Avant de terminer la symptomatologie des hernies ventrales, il nous reste à signaler la hernie ventrale que le professeur Duplay dans le *Traité de chirurgie* a nommée hernie intra-pariétale, hernie-interstitielle, parce qu'elle reste cachée dans l'épaisseur des parois. Cette hernie ventrale intra-pariétale échappe complètement à l'examen; même superficielle, elle peut se cacher dans l'épaisseur des couches adipeuses sous-cutanées, et la tumeur fait complètement défaut. Elle se révèle par des troubles fonctionnels, par une douleur fixe qui s'exagère par la toux et les efforts, et qui disparaît souvent dans le décubitus dorsal parce que la hernie se réduit spontanément. La palpation fait reconnaître dans l'épaisseur de la paroi un point où la pression révèle de la douleur; à ce niveau existe une résistance particulière, et si l'on exerce une pression plus forte, on a la sensation d'une réduction qui s'opère avec un peu de gargouillement; le doigt s'engage alors dans un orifice dont il perçoit nettement les contours; quand on fait cesser la pression et que le malade fait effort, le corps penché en avant, on sent une impulsion se communiquer au doigt, et la tumeur

devient de nouveau perceptible. C'est pour ces hernies ventrales cachées que sont réservées toutes les difficultés du diagnostic, en cas d'étranglement, or, les symptômes d'étranglement sont souvent les premiers symptômes de cette variété de hernie ventrale.

CHAPITRE VIII

Evolution — Diagnostic — Pronostic.

1. — *Evolution.*

Le début des éventrations aussi bien traumatiques que spontanées, est ordinairement lent et insidieux ; l'éventration se forme progressivement sous l'influence des causes que nous avons indiquées à la pathogénie.

Cependant parfois le début est brusque, lorsque l'éventration est due à une rupture musculaire par contusion ou par effort.

Les éventrations ont une tendance incessante à s'accroître surtout quand elles ne sont pas maintenues.

Les hernies ventrales sont sujettes à des accidents. Le professeur Gosselin dans ses leçons sur les hernies abdominales, dit que les hernies ventrales, peuvent comme les hernies ordinaires, devenir le siège de divers accidents, tels que irréductibilité et étranglement.

L'irréductibilité est due soit à l'excès de volume de la hernie, soit aux adhérences qui existent dans l'intérieur

du sac, ou entre le sac péritonéal et l'anneau qui lui livre passage.

L'étranglement se produit rarement au niveau de l'anneau fibreux ; le plus souvent, il est dû au collet du sac et surtout aux nombreuses brides fibreuses qui occupent la cavité du sac ; c'est ce qui explique pourquoi l'étranglement a persisté quelquefois après le débridement de l'anneau, le sac n'ayant pas été ouvert.

L'étranglement est d'autant plus à craindre que l'éventration est plus petite ; disons de plus qu'un anneau aponevrotique aura plus de tendance à s'étrangler qu'un anneau musculaire ; le siège de l'éventration aura donc un intérêt au point de vue du pronostic.

Littre dans son *mémoire* à l'académie des sciences (1714) rapporte le cas d'une hernie ventrale sus-ombilicale étranglée qui occasionna la mort de la femme qui en était atteinte.

Langenbuch et Kusmin dans les articles déjà cités, rapportent chacun l'observation d'une hernie du foie étranglée entre les fibres du muscle grand droit.

En plus des accidents d'irréductibilité et d'étranglement signalés par Gosselin, il faut ajouter la péritonite herniaire. Le professeur Berger, dit avoir observé deux cas de péritonite herniaire chez deux femmes portant chacune une hernie ventrale.

§ 2. — *Diagnostic*

Le diagnostic des éventrations simples et des hernies ventrales ne présente ordinairement aucune difficulté. Les symptômes physiques et fonctionnels indiqués, ayant un caractère bien particulier permettent le plus souvent d'arriver à un diagnostic sûr et précis ; nous n'avons pas à revenir sur ces symptômes.

Il faudra faire successivement :

Le diagnostic de la variété.

Le diagnostic du siège.

Le diagnostic de l'organe contenu dans la hernie ventrale.

Le diagnostic des accidents.

L'étiologie servira au diagnostic de la variété ; la connaissance des antécédents et des circonstances dans lesquelles s'est produite l'éventration, permettra de reconnaître aisément si on a affaire à une éventration traumatique ou à une éventration spontanée.

Le diagnostic du siège a une importance pratique puisque suivant que l'anneau sera musculaire ou aponévrotique, la hernie ventrale aura plus ou moins de tendance à l'étranglement.

De plus le siège étant connu, on pourra en s'aidant des troubles fonctionnels, en déduire l'organe contenu dans la hernie ventrale sachant que l'épiploon donne une sensation pâteuse et mollassée, et est mate à la percussion ;

que l'intestin et l'estomac sont élastiques et sonores ; que le foie est mate et résistant.

Les accidents d'irréductibilité, d'étranglement, de péritonite herniaire, se reconnaissent à leurs symptômes habituels qui sont absolument semblables à ceux des hernies ordinaires.

Les difficultés du diagnostic sont réservées pour les hernies ventrales intra-pariétales, surtout en cas d'étranglement. Il est cependant possible dans certains cas, de constater, à son niveau, un point douloureux fixe ainsi qu'un empatement spécial qui peut permettre d'arriver au diagnostic, comme dans le cas si remarquable de hernie ventrale intra-pariétale, de la ligne semi-lunaire de Spiegel, que le Dr Terrier a communiqué en 1878 à la société de chirurgie.

§ 3. — *Pronostic.*

Les éventrations sont loin d'être dépourvues de gravité.

Elles ont en effet une tendance incessante à s'accroître, et donnent lieu à des crises douloureuses, à une gêne qui met l'individu qui en est atteint dans l'impossibilité de tout travail. Elles constituent donc une infirmité très pénible, qui a pour résultat de rendre mélancolique le caractère des malades.

Le pronostic sera d'autant plus sérieux que le malade appartiendra à la classe ouvrière, dont les professions

pénibles réclament des efforts continuels. Dans les classes riches l'impotence fonctionnelle n'aura qu'une importance secondaire, puisque le travail ne sera pas nécessaire pour subvenir aux besoins de la vie.

La hernie ventrale est beaucoup plus grave encore que l'éventration simple puisqu'elle est sujette aux accidents d'étranglement et d'irréductibilité. De plus lorsqu'elles acquièrent un volume considérable, elles offrent plus de prises aux violences extérieures ; un coup, un choc pouvant amener la rupture du sac.

Disons enfin que les hernies ventrales volumineuses sont le plus souvent insuffisamment maintenues par les bandages, et entraînent tous les inconvénients inhérents à leur état.

CHAPITRE IX

Traitement.

Nous allons étudier successivement :

1° le traitement préventif.

2° le traitement palliatif.

3° le traitement curatif.

A. — *Traitement préventif.*

La connaissance de la pathogénie a eu pour résultat de faire rechercher les moyens à employer pour éviter les éventrations. Le traitement prophylactique s'adresse aussi bien aux éventrations traumatiques qu'aux éventrations spontanées. Cependant on peut dire qu'il a surtout en vue les éventrations post-opératoires.

Nous avons vu que les cicatrices sont des points faibles qu'il faudra soutenir par un bandage approprié ; il est donc de toute nécessité que tout sujet présentant une ci-

catrice des parois abdominales, porte une ceinture ventrière munie d'un coussin destiné à s'appliquer sur le point affaibli. Tout chirurgien qui aura été appelé auprès d'un malade offrant une plaie de l'abdomen, une contusion de l'abdomen, devra l'avertir, qu'à un moment donné, il pourrait observer une éventration au niveau du point blessé, s'il n'a pas le soin de porter une ceinture abdominale appropriée pour suppléer à la faiblesse de la paroi.

En présence d'une large plaie de l'abdomen, le chirurgien ne devra pas se contenter de faire des points de suture superficiels, il devra, toutes les fois que la chose sera possible, faire la suture plan par plan de la paroi, la faire avec un matériel assez résistant pour que l'affrontement des lèvres de la plaie soit maintenue jusqu'à ce que le travail d'adhésion soit complet, on aura ainsi des cicatrices résistantes et solides.

Pour éviter les éventrations post-opératoires, les moyens à employer sont multiples :

1° Il faut pour obtenir une parfaite réunion de la plaie faire une suture par étages, selon le procédé que Messieurs Pozzi et Terrier, ont adopté pour les laparotomies. Il faut reconstituer successivement les trois plans constituant la paroi abdominale, d'abord le péritoine, puis les muscles et les aponévroses, enfin la peau. Depuis qu'on a abandonné la suture en masse comme on la faisait il y a quelques années, c'est-à-dire, les sutures entrecoupées au fil d'argent, étreignant en masse les deux lèvres de la plaie, les éventrations suite de laparotomies tendent à diminuer de plus en plus.

2° Personne n'ignore aujourd'hui quels soins particuliers faut apporter à l'asepsie et à l'antisepsie d'une opération de laparotomie. La suppuration de la plaie, outre les dangers d'infection généralisée, qu'elle fait courir aux malades, a encore pour résultat d'empêcher la réunion par première intention. Or Monsieur Lucas-Championnière dans son *Traité des hernies* dit que les cicatrices vraiment puissantes, vraiment solides, sont celles qui ont été obtenues par première intention.

3° Il faut autant que possible restreindre l'emploi des tubes à drainage qui empêchent également la suture par première intention; on remplacera les drains par des mèches de gaze iodoformée, qui fourniront un drainage suffisant et antiseptique, et qui ne présenteront aucun inconvénient.

4° Il faut pendant que la plaie est en voie de cicatrisation, éviter l'augmentation de la tension abdominale: pour cela on conseillera d'éviter la station verticale, la marche les efforts de toutes sortes, la toux. M. Lucas-Championnière dit qu'on ne doit pas permettre au malade de se lever avant trois semaines.

5° Il faut faire porter une ceinture pour soutenir la cicatrice.

La prophylaxie des éventrations spontanées consiste également dans le port d'un bandage approprié. Lorsqu'on aura observé une altération pathologique, une faiblesse congénitale de la paroi abdominale, on conseillera, comme pour les cicatrices, le port d'une ceinture ventrière.

B. — *Traitement palliatif.*

Le traitement palliatif des éventrations consiste dans le port d'un bandage approprié. On fait ordinairement usage d'une ceinture ventrière munie d'un coussin, s'appliquant directement sur le siège de l'éventration. On emploie aussi quelquefois des bandages analogues aux bandages ombilicaux, c'est-à-dire, une ceinture munie d'une pelote arrondie ou ovale, destinée à combler l'orifice de sortie des viscères.

Quand il y a hernie ventrale réductible, on réduit d'abord la hernie et on applique ensuite la ceinture. Si on a affaire à de grosses hernies irréductibles sans accident, on les contiendra dans une sorte de suspensoir adapté à une ceinture bien fixée en place.

Les petites éventrations sont généralement bien maintenues, et dans le plus grand nombre des cas, le bandage suffit à faire disparaître tous les troubles fonctionnels ; les douleurs, les tiraillements, les crises gastriques, les coliques, les troubles gastro-intestinaux, qui tourmentaient les malades, cessent, et les sujets peuvent reprendre leur vie habituelle.

On rencontre de nombreuses observations où le malade fut complètement soulagé par le port d'un bandage. Les deux malades que nous avons vues à l'Hôtel-Dieu, nous disaient ne plus souffrir quand elles portaient leur ceinture ventrière.

Mais si le bandage est souvent suffisant chez des personnes qui n'ont pas de métier de force, et qui par leur position sociale, peuvent s'abstenir de tout travail pénible, il est par contre le plus souvent insuffisant chez les ouvriers dont les travaux nécessitent des efforts continuels. Chez eux il faut recourir sans hésitation à la cure radicale.

Le traitement palliatif sera réservé aux gens âgés, affaiblis ou malades, aux femmes, en un mot à tous ceux qui ne sont pas astreints à des travaux pénibles. Il sera aussi seul employé chez les sujets atteints d'événtration spontanée, chez ceux dont l'événtration est due à une faiblesse congénitale de la paroi, à une infériorité physiologique des tissus.

Pour les sujets jeunes et forts, le traitement palliatif devra être rejeté.

Les Bandages présentent quelques inconvénients que nous devons signaler :

a) Il est insuffisant chez les ouvriers.

b) Il tient souvent mal en place, et se dérange d'autant plus facilement que l'événtration est située plus près de l'appendice xiphoïde.

c) Il y a des gens, qui à cause d'une très grande sensibilité gastrique ne peuvent supporter un bandage quel qu'il soit.

Dans tous ces cas où les bandages seront mal tolérés, ou l'événtration sera mal maintenue, il faudra recourir au traitement curatif.

C. — *Traitement Curatif.*

Les éventrations sont comme les hernies ordinaires susceptibles d'une cure radicale.

Nous venons de voir, au traitement palliatif, quelles sont les indications du traitement chirurgical. En plus de ces indications, le professeur Berger dit que, dans les cas de hernie ventrale, les accidents d'irréductibilité, d'étranglement, et de péritonite herniaire, suffisent à justifier amplement l'opération de la cure radicale.

L'opération n'est pas toujours facile. M. Lucas-Championnière dit que c'est une opération ordinairement longue et difficile.

Il insiste sur les difficultés que le chirurgien éprouve à disséquer les différentes couches de la paroi dans les cas d'éventration cicatricielle. Les adhérences entre les plans constituant la paroi abdominale sont en effet extrêmement nombreuses. Ces adhérences sont le résultat d'un processus inflammatoire, déterminé par le traumatisme antérieur. Dans les cas de hernie ventrale, les adhérences existant à la fois à l'extérieur et à l'intérieur du sac, la dissection de ce sac, la libération, le décollement de l'organe hernié ne s'opère qu'au prix de tiraillements énergiques, qui pourront faire redouter la production des lésions dans les organes avec lesquels ces adhérences sont en rapport.

Les résultats de l'opération dépendent de la largeur de

l'orifice et surtout de l'état d'intégrité ou de dégénérescence des tissus fibreux et des muscles de la paroi.

En quoi consiste l'opération de la cure radicale ?

Elle consiste à refaire plan par plan la paroi abdominale de manière à fermer l'orifice existant, et à reconstituer une paroi résistante et solide.

Pour arriver à ce résultat, le chirurgien aura toute liberté d'action, il s'y prendra comme il pourra. Les procédés opératoires à employer devront en effet varier selon la nature et le siège de l'éventration. On ne traitera pas de la même façon une éventration spontanée due à l'écartement des fibres musculaires, et une éventration traumatique due à la section du muscle droit ; de même une éventration siégeant au niveau du muscle droit et une éventration située en dehors de ce même muscle. Autant de cas, autant de procédés différents à employer. On ne peut donc décrire un manuel opératoire s'appliquant à toutes les éventrations ; nous ne pouvons non plus décrire les nombreux procédés que l'on peut employer et qui sont laissés à l'initiative du chirurgien. Nous nous contenterons de relater la communication faite par notre maître, M. le professeur agrégé Walther, à l'Association française de Chirurgie le 22 octobre, sur la cure radicale de l'éventration sus-ombilicale.

De la Cure radicale de l'Eventration sus-ombilicale
par M. G. WALTHER (de Paris).

Association française de chirurgie. Séance du
22 octobre 1898.

Les éventrations sus-ombilicales offrent des conditions bien différentes à l'intervention chirurgicale suivant qu'elles sont d'origine traumatique ou d'origine spontanée.

Spontanées, elles résultent d'un effondrement progressif de la paroi, d'une dissociation des fibres aponévrotiques, d'un écartement des muscles; mais tous les éléments de cette paroi, plus ou moins modifiés, plus ou moins déplacés, n'en existent pas moins et peuvent tous être utilisés pour la réparation des différents plans de soutien dans la cure radicale.

À la suite d'un traumatisme, d'une plaie accidentelle ou chirurgicale au contraire, le défaut de la paroi est dû à une perte de substance, à la section d'un muscle, et un élément important peut manquer au moment de la réparation de la paroi.

C'est sur ce dernier point que je désire attirer l'attention. Les conditions anatomiques varient évidemment suivant le siège de la plaie. Je ne m'occuperai ici que de la hernie d'origine traumatique résultant d'une section transversale du muscle grand droit de l'abdomen et de sa gaine aponévrotique. J'ai observé un cas de cette nature et j'ai pu me rendre compte des grandes difficultés

qui résultent de l'absence du muscle droit sur une grande hauteur.

Chez mon malade, la hernie était consécutive à une section transversale du grand droit, faite au cours d'une laparotomie pour arrêter l'hémorrhagie d'une plaie du foie par coup de couteau. La suture du muscle avait cédé, les deux bouts s'étaient écartés de plus de 10 centimètres. Il existait une énorme éventration; l'orifice admettait facilement le poing, et quand le malade vint à Bicêtre, me demander une opération pour soulager les douleurs qui lui rendaient tout travail impossible, je lui conseillai de porter un bandage, et lui fis faire une ceinture avec pelote. Il n'en tira pas grand bénéfice, et alla consulter dans d'autres hôpitaux.

L'intervention lui fut refusée, à cause des mauvaises conditions dans lesquelles pouvait être tentée une cure radicale.

C'est dans ces conditions que souffrant toujours, incapable de supporter aucun effort, ne pouvant travailler même avec sa ceinture, il revint me trouver, réclamant une opération.

Je me décidai sur ses instances pressantes à intervenir. Je ne pouvais songer pour combler cet orifice énorme, à réparer la paroi postérieure de la gaine du grand droit; je ne pouvais compter non-plus sur les deux tronçons du grand droit beaucoup trop écartés et déjà certainement dégénérés et trop friables. Un instant j'eus l'idée de prendre un grand lambeau musculaire dans le grand pectoral, et de le rabattre sur l'orifice en le suturant au grand droit du côté opposé, et en bas au moi-

gnon du segment inférieur du grand droit sectionné.

Mais la section transversale du grand pectoral, l'aurait sûrement privé de ses nerfs ; la large portion du muscle rabattu eut vite dégénéré et n'eut fourni qu'un bien mauvais soutien à la paroi. Je me décidai alors à emprunter le lambeau musculaire au grand oblique ; je pensai qu'il me serait possible de mobiliser assez le muscle pour pouvoir l'amener au besoin par une forte traction au contact du grand droit du côté gauche préalablement libéré de sa gaine et mobilisé vers la droite.

C'est à ce plan que je me suis arrêté ; j'ai dû faire une très large dénudation au grand oblique et ce n'est qu'avec beaucoup de peine que j'ai pu attirer le muscle jusqu'au grand droit du côté opposé. Il m'a fallu pour cela, non seulement libérer le muscle, mais encore en séparer partiellement une large lame en dissociant le plan musculaire avec la sonde cannelée, parallèlement à ses fibres à 12 centimètres environ de son bord interne. J'ai pu ainsi obtenir un véritable lambeau musculaire libre par sa partie moyenne seulement et plus facilement mobilisable.

C'est donc grâce à une véritable myoplastie par glissement que je suis arrivé à combler cette grande perte de substance.

Cette très large dénudation musculaire a donné lieu à un suintement sanguin abondant, et la constriction forte exercée par les sutures nombreuses qui réunissaient les deux muscles, provoqua un sphacèle superficiel du muscle grand oblique au niveau de la ligne de suture. Je dûs désunir deux points de suture de la peau, et il y eut un peu d'infection de cette portion sphacélée. Malgré cela, la

suture musculaire resta solide, et aucun des fils profonds ne fut éliminé. Je dus seulement enlever plus tard deux fils de suture musculaire qui restaient au niveau de la plaie et qui peut-être se seraient recouverts.

J'insiste sur ce fait pour mettre en valeur la tolérance parfaite des tissus pour le crin de Florence. J'avais fait en effet, comme je le fais toujours, toutes les sutures musculaires au crin de Florence, et je suis convaincu que si j'avais employé la soie, bon nombre de fils auraient été consécutivement infectés et éliminés.

Le résultat de l'opération a été excellent. J'ai revu encore il y a trois jours, mon opéré. Il n'y a plus trace de saillie, la paroi au repos est plus faible qu'ailleurs, parce que le plan profond aponévrotique, le feuillet postérieur de la gaine du grand droit fait défaut; mais la sangle musculaire est solide, et se tend vigoureusement au moment de l'effort. La digestion est maintenant facile; il n'y a plus aucune douleur.

Je vais maintenant donner les détails de l'observation qui permettront de suivre les différents temps de l'opération.

OBSERVATION I

*Recueillie à l'Hospice de Bicêtre dans le service de
M. Walther, par M. Guillot, interne du service.*

Victor C... 19 ans, briquetier, entre le 20 avril 1893 à l'hospice de Bicêtre, salle Nélaton, n° 26.

Antécédents. — Le 14 octobre 1897, à 9 heures du matin, étant en état d'ivresse, Victor C..., vexé par les reproches de sa mère, se donne un coup de couteau dans l'hypochondre droit. La lame avait une longueur de 8 centimètres; elle s'enfonça d'une quantité que le blessé ne put préciser. Pendant un quart d'heure, et bien qu'il donne des signes de faiblesse, le malade reste debout; au bout de ce temps on l'oblige à se coucher. Deux heures après l'accident, c'est-à-dire vers 11 heures, le malade est amené à Bicêtre. A ce moment, il semble absolument exsangue, les extrémités sont froides et le pouls imperceptible. Perte de connaissance complète en entrant.

M. Jacomet, interne du service l'opère d'urgence. Laparotomie médiane sus-ombilicale; mais comme la plaie siège à 4 ou 5 centim. sur la droite et qu'il est impossible par l'incision médiane de trouver le siège de l'hémorrhagie, M. Jacomet, fait un débridement transversal qui intéresse le grand droit, du côté droit, dans presque toute sa largeur.

Il tombe alors sur une plaie de la face convexe du foie, plaie en croix, d'une profondeur restée inconnue (M. Jacomet ne l'ayant pas explorée). Cette plaie saigne abondamment, et le péritoine est plein de caillots. La plaie hépatique est suturée, le nettoyage du péritoine est fait avec soin. Drainage; suture de la paroi. Sérum à haute dose.

Le grand droit a été suturé, mais la suture se trouvait contre le drainage et la cicatrisation du muscle se fit mal probablement.

Le malade sort le 1^{er} janvier 1898.

M. Ricard le présenta à la Société de Chirurgie le 22 décembre au nom de M. Jacomet.

Etat actuel. — Le 20 avril 1898, le malade entre à l'hôpital pour une large éventration qui occupe l'épigastre et l'hypocondre droit. Il se plaint de douleurs au moment de l'effort, douleurs consistant en une sensation de picotement dans la région de la cicatrice, et de tiraillement sur ses bords. Cette douleur accompagnant l'effort, est particulièrement pénible après le repas, les viscères tendant alors à faire une hernie considérable. L'impossibilité des grands efforts nécessités par sa profession est absolue pour deux raisons : une douleur intense et une sensation de tension qui fait craindre au malade une rupture de sa paroi.

On constate à l'inspection de la paroi abdominale, une cicatrice médiane chéloïdienne de 12 cent. $1/2$ de longueur, siégeant à égale distance de l'appendice xiphoïde et de l'ombilic. De cette cicatrice, trace de la laparotomie médiane, se détache une autre cicatrice horizontale de 9 cent. $1/2$ de longueur, qui vient par son extrémité presque affleurer le rebord costal ; dans toute sa moitié interne de grosses masses chéloïdiennes irrégulières correspondent au point où furent établis les drains. Toute cette région est soulevée par une voussure à peu près régulièrement arrondie mesurant 10 centimètres de diamètre en hauteur et en largeur.

Pendant l'effort cette voussure s'accroît, la tumeur se tend, la peau se fronce autour des cicatrices chéloïdiennes. La secousse brusque de la toux donne à la tumeur son plus grand volume et dessine nettement la saillie à bords alors très nets.

L'exploration pratiquée au repos, le malade couché, les muscles de la paroi abdominale relâchés, permet de se rendre un compte exact de l'étendue et des caractères de l'orifice.

Cet orifice est très large, il admet facilement le poing ; il est à peu près arrondi, de 10 centimètres de diamètre ; les bords sont nets, tranchants. A gauche, le bord correspond à la ligne médiane, à la ligne blanche ; au bord inférieur répond l'extrémité supérieure du segment inférieur du muscle droit sectionné transversalement. On perçoit nettement ce moignon musculaire lorsqu'on fait contracter le muscle en le saisissant entre les doigts préalablement introduits dans l'orifice et le pouce appliqué sur la paroi. Le bord droit répond dans toute sa partie supérieure au bord inférieur du thorax.

Enfin, deux nouvelles voussures apparaissent dans l'ancienne ligne blanche, l'une à l'extrémité supérieure de la cicatrice verticale, l'autre, entre cette extrémité et l'appendice xiphoïde ; il existe là deux petites hernies facilement réductibles.

Opération le 29 avril 1898.

Anesthésie à l'éthér. — Incision verticale de 20 centimètres sur le milieu de la tumeur. La peau et le péritoine sont intimement soudés dans toute l'étendue de la hernie. La dissection de la peau est assez difficile, et à un moment donné, le péritoine est ouvert ; ce plan péritonéal n'est pas réséqué, il est conservé pour fournir après suture par froncement un plan d'appui profond.

La dissection prolongée autour de l'orifice permet de découvrir : en haut, un petit moignon musculaire constitué par le segment supérieur du grand droit ; en bas, le segment inférieur du muscle intimement soudé au plan aponévrotique au dessous du bord de l'orifice. Le muscle est atrophié, jaunâtre, d'aspect fibreux, friable ; on ne saurait songer à le mobiliser pour venir le souder au segment supérieur. En dehors, on trou-

ve contre le bord de l'orifice, une mince bandelette musculaire, bord externe du grand Droit, qui n'a pas été divisée par l'incision transversale. Cette bande musculaire, elle aussi, est grisâtre en voie de dégénérescence, très friable. La lèvre droite de l'incision cutanée est largement libérée et débridée transversalement pour permettre d'atteindre le grand oblique. Ce muscle est largement mis à nu.

La gaine du grand droit, du côté gauche est incisée sur toute la hauteur de la plaie et le bord interne du muscle est mobilisé. Des tractions sur le bord bien dégagé du grand oblique, permettent d'amener le muscle jusqu'à la moitié environ de l'orifice herniaire, mais l'accollement au grand droit du côté gauche est encore impossible malgré une forte traction. Le grand oblique est alors divisé à la sonde cannelée et au doigt, parallèlement à ses fibres, à 12 ou 15 centimètres du bord.

Un large plan musculaire est ainsi constitué, mobilisé et dégagé par sa face profonde avec le doigt, et cette libération très étendue permet avec une forte traction d'amener les deux muscles au contact.

La réparation de la paroi est faite alors de la façon suivante :

1° Le plan péritonéal et sous-péritonéal est suturé par froncement à l'aide d'un surget de catgut; il est transformé ainsi en un plastron épais, premier plan de soutien; il est en effet impossible de songer à rapprocher par suture les bords de l'orifice du plan aponévrotique profond.

2° Un plan musculaire solide est constitué par la suture du bord interne du grand oblique droit au bord interne du grand droit du côté gauche. En bas, le grand oblique est suturé au moignon du segment inférieur du grand droit sectionné: en haut au moignon du segment supérieur. L'aponévrose superfici-

cielle du grand oblique est en même temps réunie au feuillet antérieur de la gaine du grand droit gauche. Toute ces sutures sont constituées par des points en U au crin de Florence ; la traction étant très forte plusieurs de ces sutures sont faites avec deux crins. Cinquante et un crins sont ainsi employés pour trente-huit sutures.

3. La plus grande partie de la peau, envahie par les cicatrices chéloïdiennes, est résséquée ; les lèvres de la plaie cutanée sont réunies au crin de Florence. Une contre ouverture est faite à l'extrémité droite du décollement cutané, au niveau du grand oblique ; un drain y est placé pour éviter la formation d'un hématome à la suite de cette large dissection.

Pansement à la gaze stérilisée.

30 avril. — Suintement sanguin abondant. — Pansement.

Chaque jour on doit refaire le pansement toujours traversé par un suintement de moins en moins abondant.

Le 4^e jour on constate de la rougeur au niveau de deux points de suture superficielle (4^e et 5^e points). Ces deux sutures sont enlevées, la plaie désunie, et au-dessous on aperçoit la suture musculaire dont les bords sont tnnéfiés. Le grand oblique est d'un gris noirâtre à sa surface, il y a évidemment sphacèle superficiel du muscle. Un lavage à l'eau bouillie est fait par cet orifice, et entraîne par la contre ouverture des débris de muscle sphacélé.

Le sphacèle du muscle est bien superficiel, et se limite très vite. Au bout de peu de jours, on voit nettement bourgeonner la surface de la lame musculaire.

Les sutures sont enlevées le 10^e jour.

Le malade est maintenu pendant un mois au repos absolu au lit pour obtenir une cicatrice musculaire solide. Deux points de

suture musculaire seulement sont enlevés pendant la période de cicatrisation.

La plaie cutanée est presque complètement fermée le 10 juin. jour où le malade quitte l'hôpital; le malade doit revenir tous les quatre ou cinq jours au pansement.

Le malade a été revu le 18 juillet. La cicatrice est solide, il n'y a plus trace d'éventration. Au repos on sent un point moins résistant dans la paroi, dû au défaut d'aponévrose profonde, mais sous l'influence de l'effort, la sangle musculaire forme une paroi solide et résistante. Il n'y a plus aucune douleur, aucune gêne, et le malade se sent si bien qu'il demande à quitter la ceinture qu'on lui avait conseillé de porter.

CHAPITRE X

OBSERVATIONS

OBSERVATION II (Personnelle).

*Recueillie à la consultation des bandages à l'Hôtel-Dieu.
Éventration sus-ombilicale consécutive à une intervention
chirurgicale sur le foie.*

Françoise F.... ménagère 50 ans, vient le 2 juillet 1898 à la consultation des Bandages, réclamer une ceinture ventrière pour une éventration qu'elle porte dans la région sus-ombilicale. Bien portante, bien réglée malgré son âge avancée, n'a jamais été malade. Pas de hernie dans l'enfance. Cette femme a eu 6 grossesses; malgré cela les parois abdominales ne sont pas flasques ni pendantes, elles présentent très peu de vergetures, ce qui prouve que les parois sont de bonne qualité. Pas d'obésité, femme plutôt maigre.

En 1893 elle a subi une opération à la Salpêtrière pour kystes hydatiques multiples du foie. Après l'opération elle n'a pas porté de ceinture abdominale pour soutenir la cicatrice.

Depuis 2 ans environ, elle souffre dans l'hypochondre droit qu'elle voit se tendre sous l'influence des efforts; elle porte une ceinture ventrière qui a fait disparaître les douleurs.

Etat actuel. — On voit dans la région sus-ombilicale, région de l'hypochondre droit et de l'épigastre, deux incisions verticales mesurant 10 centimètres de longueur environ, une de ces incisions est située sur la ligne médiane, l'autre est située sur la partie latérale droite à 8 centimètres environ de la ligne médiane. On constate au niveau de l'incision latérale à la partie supérieure une légère voussure par la toux et les efforts.

La palpation est douloureuse, et on perçoit un orifice où l'on peut enfoncer le bout d'un doigt. Le doigt dans l'orifice perçoit une impulsion quand la malade tousse.

La femme accuse quelques troubles fonctionnels consistant en douleurs vives, élancements, tiraillements, siégeant dans la région de l'hypochondre droit, surtout lorsqu'elle se baisse et fait des mouvements. Il y a exaspération de ces douleurs après la marche, après une fatigue quelconque. Les digestions sont longues et pénibles, les coliques sont fréquentes, la constipation est habituelle.

Examinée couchée, la femme ne présente rien d'anormal. Les douleurs disparaissent par le decubitus dorsal, mais se réveillent lorsque la malade fait des mouvements dans son lit, sous forme de tiraillements violents.

On lui donne une ceinture abdominale avec coussin destiné à s'appliquer sur les cicatrices. La femme revient 8 jours après et nous dit souffrir beaucoup moins, mais souffrir encore.

Nous pensons que cette femme réclamera d'ici quelque temps une opération.

OBSERVATION III (personnelle)

*Recueillie à la consultation des bandages à l'Hôtel-Dieu.
Hernie ventrale sus-ombilicale d'origine spontanée.*

Louise D..., ménagère, 45 ans, vient le 28 juin 1898 à la consultation des bandages, réclamer une ceinture ventrière pour une hernie ventrale qu'elle présente dans la région sus-ombilicale.

Femme obèse. A toujours été obèse, et a toujours eu le ventre gros et tombant et des parois abdominales flasques.

Pas de hernies dans l'enfance, pas de maladies graves, bien réglée et bien portante. Pas de grossesses.

A 23 ans apparition d'une première hernie à la région épigastrique sur la ligne médiane, à la suite d'un grand effort fait pour soulever un fardeau très lourd; pendant cet effort elle sentit quelque chose craquer dans la région sus-ombilicale.

En 1887 symptômes d'étranglement de la hernie. Opération à l'hôpital Tenon. Une fois guérie de son opération, on conseille à la malade de porter une ceinture abdominale.

En 1895 apparition d'une seconde hernie sur la partie latérale droite de l'abdomen, audessus de l'ombilic à 1 centimètre environ de la ligne médiane. La femme négligeait de porter sa ceinture depuis quelques mois.

Etat actuel. — La paroi abdominale est flasque et pendante, la femme est excessivement obèse, elle présente l'abdomen pendulum, l'abdomen à double saillie. A l'examen du ventre

on voit une cicatrice médiane allant de l'appendice xiphoïde jusqu'à 1 centimètre de l'ombilic. Dans la région sus-ombilicale, on constate une tumeur du volume du poing, hémisphérique, réductible par la pression quand on fait coucher la femme, mais reparaisant aussitôt que la pression cesse d'agir; fait entendre un gargouillement à la réduction; augmente de volume par la toux et par les efforts; non douloureuse à la palpation, sonore à la percussion.

Cette tumeur siège à 2 centimètres au-dessus de l'ombilic, à 2 centimètres de la ligne médiane à droite.

L'orifice qui lui donne passage est très large, irrégulier à contours très nets, à grand diamètre transversal. Il mesure 7 centimètres environ de diamètre transversal et 5 centimètres de diamètre vertical.

Les troubles fonctionnels peu accentués dans les temps ordinaires, prennent une intensité plus grande au moment des règles et dans les temps humides. Ces symptômes fonctionnels consistent en douleurs sourdes, en une sensation de pesanteur et de tension dans la région sus-ombilicale, en troubles dyspeptiques et coliques.

La tumeur est bien maintenue par une ceinture abdominale avec un coussin répondant à l'orifice de sortie de la hernie. La ceinture est bien fixée par des bretelles.

Le soulagement est complet par le port du bandage. La femme revue vers le milieu de juillet dit n'éprouver aucune gêne, aucune douleur, et être absolument et complètement soulagée.

OBSERVATION IV

*Hernie ventrale, suite d'un coup de sabre. Richerand.
Nosographie chirurgicale, tome III. page 307.*

Le 6 floréal an IX, un jeune homme reçoit un coup de sabre, au bas de l'hypochondre droit. La plaie qui avait été faite avec la pointe du sabre ressemblait plutôt à une piqure assez large, qu'à une plaie faite par un instrument tranchant. Elle était située à deux travers de doigt du rebord cartilagineux des fausses côtes, et se dirigeait vers le lieu qu'occupe le foie. Par la plaie sortait un petit fragment de graisse sous-cutané qui pouvait en imposer au premier abord pour l'épiploon, mais en sondant la plaie, on était arrêté par un plan musculeux. Pansement simple, antiphlogistiques. Fièvre vive, teinte ictérique des conjonctives.

Le 11. — La petite plaie était en suppuration.

Le 15. — Neuvième jour de la maladie, les accidents avaient totalement disparu.

Le 13 prairial. — La petite plaie dont on avait réprimé les chairs avec la pierre infernale était pleinement cicatrisée.

Le malade négligea de soutenir sa cicatrice par un bandage comme on le lui avait conseillé, et bientôt malgré le peu d'étendue de la lésion, les viscères abdominaux faisaient hernie. La tumeur dans laquelle se trouvait probablement une portion d'épiploon avait acquis au bout de 18 mois le volume des deux poings. Le malade s'étant décidé à porter un bandage élastique

circulaire, la hernie fut parfaitement contenue, car elle était très facile à réduire.

OBSERVATION V

Hernie ventrale sus-ombilicale d'origine spontanée.
VERDIER. Traité des hernies, 1840.

P..., âgé de 30 ans, nerveux, lymphatique, ayant de l'embonpoint, occupation sédentaire, éprouvait depuis plusieurs années de mauvaises digestions avec douleurs à la région épigastrique, fréquemment terminées par des vomissements. A son réveil, sa bouche était pâteuse et sa langue chargée de mucosités. Son médecin ordinaire lui prescrivit plusieurs purgatifs, dont l'usage ne fit qu'aggraver son état maladif. Ayant examiné le malade Verdier rencontra à deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic, un peu en dehors et à gauche de la ligne médiane, un éraillement assez considérable des fibres musculaires. La tumeur qui traversait cette ouverture anormale, était à peu près de la grosseur d'un œuf de pigeon. Elle s'effacait facilement sous la pression du doigt et disparaissait d'elle-même par suite de la position horizontale seulement pendant plusieurs heures. Certains jours cette hernie ne devenait sensible que 8 à 10 heures après le lever du malade.

Bandage ombilical à ressort élastique ; cessation immédiate des accidents, et disparition de la tumeur au bout de quelques jours.

Deux ans après le malade avait repris beaucoup d'embonpoint,

et depuis 6 mois il avait quitté son bandage. La hernie n'était plus appréciable au toucher ainsi que l'érailement qui avait favorisé sa formation.

OBSERVATION VI

*Éventration sus-ombilicale suite d'un coup de sabre.
Fournier et Lempdes. Thèse de Paris, 1845.*

Un ancien militaire de l'empire, âgé de 55 ans vint en 1839 consulter Fournier de Lempdes père, au sujet d'une large éventration qu'il portait dans l'hypochondre droit. Cette éventration dont il souffrait beaucoup était la conséquence d'un coup de sabre qu'il avait reçu à la bataille d'Austerlitz. L'arme avait pénétré obliquement de haut en bas dans la cavité abdominale en glissant sur le rebord inférieur des fausses côtes ; La division tégumentaire était cicatrisée, mais la cicatrice n'étant pas faite, à la partie musculaire, il en résultait une ouverture semi-lunaire, qui avait une étendue presque transversale de 10 à 11 centimètres ; elle se trouvait placée plus antérieurement que latéralement. La lèvre inférieure de cette ouverture restait béante et la portion musculaire qui était séparée des fausses côtes se laissait repousser par les viscères de manière à former un renflement qui occupait un espace assez considérable.

Le bord antérieur du foie semblait proéminer de 2 ou 3 centimètres à travers l'éventration. Le taxis faisait reconnaître encore quelques autres portions viscérales.

Les souffrances que cette hernie ventrale lui occasionnait, provenait peu des organes abdominaux, mais bien plus d'une

grande gêne de la respiration qui l'incommodait beaucoup. Cette gêne respiratoire ne lui permettait pas de supporter la moindre pression circulaire de la part du bandage destiné à clore l'éventration. Ce fut à cause de cela que Fournier de Lempdes père, lui appliqua un bandage dit anglais qui en ne prenant son point d'appui sur le corps que par ses deux extrémités, munies de pelottes, ne pouvait gêner les mouvements de la base de la poitrine.

OBSERVATION VII

Guy de Thorne dans *Provin. medical and surgery Journal*, (1843, 7^e volume, page 147), rapporte l'observation d'une hernie ventrale spontanée siégeant dans l'hypocondre.

Voici l'observation résumée : « On donna à un jeune garçon de 8 ans, sur le conseil d'un charlatan de passage, une poudre laxative. Deux heures après, l'enfant en faisant des efforts pour aller à la selle, sentit quelque chose craquer dans sa paroi abdominale. A l'examen de l'enfant, on trouva une tumeur herniaire dans l'hypocondre droit.

OBSERVATION VIII

Sæmmering dans *Ueber die Ursache et der Bruche an Bauche u. Becken*, 1808, page 31, mentionne brièvement un homme âgé de 30 ans qui avait une hernie ventrale dans l'hypocondre droit, d'origine spontanée.

OBSERVATION IX

Deux cas de hernie ventrale sus-ombilicale spontanée.

J. MACREADY. The Lancet 1890, tome II, page 963.

J. Macready dit qu'il a vu à la Société des Bandages, deux malades atteints de hernie ventrale sus-ombilicale d'origine spontanée. Ces deux malades étaient des enfants ; l'un âgé de 21 mois, l'autre de 18 mois. L'un et l'autre avaient sur le côté droit une hernie ventrale de la grosseur d'une orange, hernie réductible. L'orifice qui leur donnait passage, était chez le plus âgé, situé immédiatement au-dessous des côtes, et était aussi large qu'une pièce de six penny ; chez le plus jeune l'orifice était plus ovale et était placé un peu plus bas.

OBSERVATION X

Hernie ventrale sus-ombilicale d'origine spontanée.

J. MACREADY The Lancet 1890, tome II, page 1023.

En 1882 un jeune homme âgé de 16 ans se présenta à la société des Bandages, portant une hernie ventrale immédiatement au-dessous des côtes, hernie ventrale due à un défaut congénital de résistance des parois abdominales.

Peu après sa naissance, on observa sur le côté gauche au-dessus de l'ombilic, une tumeur herniaire pour laquelle on lui

fit porter un bandage pendant six mois. La hernie disparut alors, mais reparut quand le jeune homme commença son apprentissage chez un ferblantier.

Quand il se présenta à la société il avait une hernie ventrale de la grosseur d'une orange ; elle était facilement réductible et s'échappait par une ouverture située immédiatement au-dessous des côtes dans la partie antérieure de l'hypochondre. On appliqua un bandage spécial et en 1884 on n'observait plus de hernie.

Quand il fut examiné en juillet 1890, on ne sentait plus aucun orifice, mais la partie de l'oblique externe s'élevant de la 12^e côte, semblait manquer sur un pouce à un pouce et demi à son origine et présentait un contraste frappant avec le côté opposé.

J. Macready ajoute qu'il ne connaît pas de cas exactement identique à celui-là dans la littérature chirurgicale.

OBSERVATION XI

Hernie ventrale siégeant dans l'hypochondre, d'origine spontanée. Giordano. Riforma medica 1893, tome I, page 387.

Giordano cite le cas d'un homme qui présentait une hernie ventrale dans l'hypochondre, hernie due à un vice de conformation congénitale. Elle était située dans la région sus-ombilicale, au niveau de la dixième et onzième côte qui faisaient défaut. Chez le même homme on observait une autre hernie ventrale à la partie inférieure de l'abdomen.

OBSERVATION XII

Hernie ventrale située dans l'hypochondre gauche d'origine traumatique. Garstang. The Lancet, 1896, tome I, page 1138.

Un garçon de 15 ans fut admis à l'infirmerie de Bolton le 7 février 1895 avec une tumeur dans l'hypochondre gauche, résultat d'une blessure. Il racontait qu'il portait un paquet de bâtons quand il fit un faux pas, et tomba sur l'extrémité d'un de ces bâtons. A son entrée on trouve une tumeur du volume et de la forme d'une demi-orange, située à moitié chemin entre l'ombilic et le cartilage de la dixième côte sur le côté gauche. Quand le malade toussait, la tumeur grossissait. On la rentra entièrement dans la cavité abdominale, et quand cela fut fait on trouva dans la paroi abdominale, sous la peau, un orifice musculaire bien défini mesurant un pouce et demi de diamètre. Quand le malade toussait la tumeur avait la consistance de l'épiploon. La peau qui la découvrait était éraillée superficiellement.

Le malade fut mis au lit ; diète sévère, et un bandage fut appliqué à l'endroit de la lésion.

Le 6 mars. — L'orifice musculaire était presque fermé et n'admettait plus que l'introduction d'un doigt : la plaie cutanée était guérie, on donna au malade une ceinture abdominale avec ouate et on lui permit de se lever.

Le 9 décembre. — Le malade vint se faire examiner. Il avait

repris son travail et avait quitté son bandage. On voyait une cicatrice marquant le siège de la plaie ; l'ouverture musculaire était complètement fermée et il y avait un excellent tissu de cicatrice.

•

RÉSUMÉ ET CONCLUSIONS

I. — Par éventration sus-ombilicale, nous entendons : « un orifice anormal ou accidentel, existant dans la paroi abdominale antéro-latérale en d'autres points que la ligne blanche, région des hypochondres et de l'épigastre. Cet orifice, dû à l'écartement spontané ou traumatique des fibres musculo-aponévrotiques de cette paroi, constitue une porte toujours ouverte pour la sortie des viscères, qui se fait soit d'une façon intermittente, c'est-à-dire seulement sous l'influence des efforts ; soit d'une façon constante et forme une hernie ventrale.

II. — Au point de vue étiologique on distingue, les éventrations sus-ombilicales traumatiques, et les éventrations sus-ombilicales spontanées. Les premières se produisent à la faveur d'une cicatrice consécutive à un traumatisme accidentel ou opératoire ; les secondes sont le résultat soit d'une altération pathologique, soit d'une faiblesse congénitale de la paroi abdominale, soit d'une grande distension de l'abdomen, soit enfin de dispositions anatomiques existant dans la paroi abdominale.

III. — La pathogénie des éventrations peut se résumer dans cette phrase : « Toute cause capable de modifier la résistance, l'épaisseur et l'intégrité des tissus constituant la paroi abdominale, peut produire une éventration. » Nous avons étudié successivement la pathogénie des éventrations sus-ombilicales cicatricielles, et des éventrations sus-ombilicales non cicatricielles.

IV. — Les éventrations sus-ombilicales sont d'une extrême rareté, nous en avons exposé les raisons. Les éventrations sus-ombilicales traumatiques sont de beaucoup les plus fréquentes ; elles s'observent surtout chez l'homme adulte dans les classes ouvrières.

V. — Au point de vue anatomo-pathologique, il faut distinguer les éventrations simples c'est-à-dire sans hernie ventrale, des éventrations avec hernie ventrale ; nous avons étudié successivement l'orifice de sortie des viscères qui constitue l'éventration, son siège, la hernie ventrale avec ses enveloppes, son contenu, ses accidents.

VI. — Les éventrations sus-ombilicales soit simples, soit accompagnées de hernie ventrale, se manifestent par des symptômes physiques et des symptômes fonctionnels. Les signes physiques sont fournis par l'inspection, la palpation la percussion ; les symptômes fonctionnels consistent en crises douloureuses et en troubles gastro-intestinaux.

VII. — Le diagnostic des éventrations sus-ombilicales

ne présente le plus souvent aucune difficulté, sauf dans les cas de hernies ventrales intra-pariétales.

VIII. — Le pronostic des éventrations est toujours sérieux et même quelquefois grave, par les troubles fonctionnels qu'elles provoquent, par la difficulté de leur contention, par leur tendance incessante à s'accroître, et par les accidents d'étranglement et d'irréductibilité qui peuvent survenir dans la hernie ventrale.

IX. — Le traitement préventif des éventrations consiste, a) dans le port d'un bandage approprié pour soutenir les points faibles de la paroi ; b) dans l'indication des moyens à employer pour obtenir des cicatrices opératoires résistantes et solides.

X. — Le traitement palliatif consiste également dans le port d'une ceinture ventrière munie d'un coussin s'appliquant directement sur le siège de l'éventration. Très souvent suffisant pour les petites éventrations, chez des personnes qui n'ont pas de professions pénibles, il est le plus souvent insuffisant chez les ouvriers, chez lesquels il faut recourir sans hésitation au traitement chirurgical.

XI. — Le traitement chirurgical consiste à refaire plan par plan la paroi abdominale, de manière à fermer l'orifice existant et à refaire une paroi résistante et solide. Les procédés opératoires devront varier selon la nature et le siège de l'éventration ; autant de cas, autant de procédés différents à employer. Nous nous sommes con-

tentés de rapporter la Communication faite à l'association française de chirurgie (séance du 22 octobre 1898) par M. le professeur agrégé Walther, sur la Cure radicale d'une éventration sus-ombilicale consécutive à une section du grand droit de l'abdomen.

Vu par le président de la thèse,

TILLAUX

Vu par le Doyen;

BROUARDEL

Vu et permis d'imprimer:
le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

GRÉARD

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Index medicus. — Depuis 1879 jusqu'à 1894.

HAYEN. — Revue des Sciences Médicales, de 1888 à 1898.

JACCOUD. — Dictionnaire des sciences médicales, tome 14,
page 306.

DECHAMBRE. — Dictionnaire de médecine, page 613.

DUPLAY et RECLUS. — Traité de chirurgie, tome IV,
page 802.

LE DENTU et DELBET. — Traité de chirurgie, tome VII
page 793.

J. ASHHURST. — Encyclopédie internationale de chirurgie,
tome VI, 1886, page 366.

LITTRE. — Histoire de l'Académie des Sciences, 1714, p. 200.

GARENGEOT. — Mémoire de l'Académie royale de chirurgie
1743, page 699.

LA PEYRONIE et PIPELET le jeune. Mémoires à l'Académie de Chirurgie 1778, page 181 et 198.

LACHAUSSE. — De hernia ventrali. Disp. chirurgica 1746
tome III.

A COOPER. — Œuvres chirurgicales, 1839, page 355.

L. GOSSELIN. — Leçons sur les hernies, page 470.

RICHERAND. — Nosographie chirurgicale, tome III.
page 307.

- VERDIER. — Traité des hernies, 1840.
- FOURNIER DE LEMPDES. — Thèse de Paris 1845.
- DANIEL MOLLIÈRE. — Congrès des Sciences Médicales,
cinquième session, Genève, 1877.
- REIGNIER. — Thèse de Paris, 1879.
- FERRAND. — Thèse de Paris, 1881.
- P. WERTHEIMER. — Thèse de Paris, 1888.
- LANGENBUCH. — Ein Fall von Resection eines linkseitigen
Schnünlappens der Leber, Berlin. Klinik. Woch. 16
janvier 1888, page 87,
- ERNESTE-F. NEVE. — British medical Journal, 8 juin 1889,
page 1294.
- J. MACREADY. — On the rarer forms of ventral hernia. —
The Lancet, 1890, tome II, pages 963 et 1025.
- DURET. — Des Laparocèles, Journal des sciences médicales.
Lille 5 juin 1891.
- GILLIAM. — Medical New, 1891, page 530.
- CIORDANO. — Contributo allo studio e cura de Laporoceli.
Riforma medica, février 1893, tome I, page 387.
- W. J. KUSMIN. — Ein Fall von Leberhernie. Berlin, Klinik
Woch, 30 octobre 1893, p. 1069.
- BERGER. — Résultat de l'examen de dix mille observations
de hernies recueillies à la consultation des bandages au
Bureau central. Congrès français de Chirurgie. 1895,
page 264.
- GOULLIOUD. — Cure radicale des éventrations. Lyon mé-
dical, 15 septembre 1896.
- GARSTANG. — The Lancet, tome I, page 1138.

